Spontanruptur

einer

Enterocele vaginalis posterior

im VII. Monate der Schwangerschaft mit Vorfall von Darmschlingen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chiurgie und Geburtshilfe

an der

hohen medicinischen Facultät der k. b. Ludwig-Maximilians-Universität in München

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheim. Medic. Rathes Prof. Dr. Winckel;

vorgelegt von

Georg Schütz

aus Mannheim.

München 1886.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Spontanruptur

einer

Enterocele vaginalis posterior

im VII. Monate der Schwangerschaft mit Vorfall von Darmschlingen.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chiurgie und Geburtshilfe

an der

hohen medicinischen Facultät der k. b. Ludwig-Maximilians-Universität in München

unter dem Präsidium

des

Herrn Geheim. Medic. Rathes Prof. Dr. Winckel;

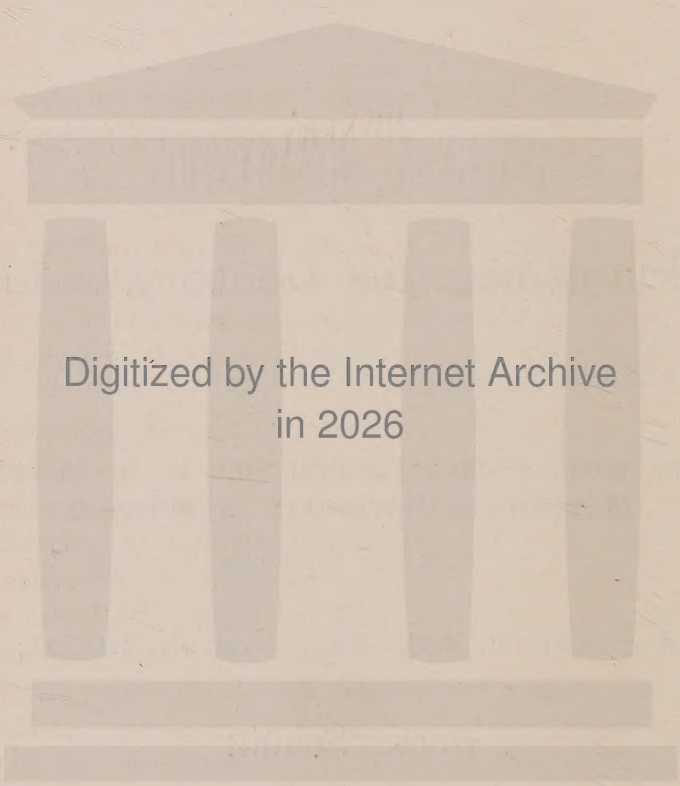
vorgelegt von

Georg Schütz

aus Mannheim.

München 1886.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548316_0045

Das seltene Vorkommen der Spontanruptur einer Enterocelle vaginalis posterior rechtfertigt wohl ohne weitere Begründung ihre ausführlichere Beschreibung.

Am Abend des 15. Oktober 1884 wurde ich zu der Frau des Ludwig Jakob in Rainbach mit dem Auftrage gerufen, derselben bei ihrer Niederkunft Hilfe zu leisten. Bei meiner Ankunft lag sie zu Bette, laut jammernd über unerträgliche Leibschmerzen, die oberhalb des Nabels am heftigsten waren. Die Anamnese ergab:

Caroline Jakob, Taglöhnersfrau, 44 Jahre alt, seit 7 Jahren verheiratet, Mutter von 4 Kindern, von denen das älteste 6, das jüngste 2 Jahre zählt, ist niemals erheblich krank gewesen; auch waren alle früheren Schwangerschaften und Geburten bei ihr normal verlaufen. Nur die letzte Schwangerschaft, in den ersten Tagen des April des Jahres 1884 beginnend, hatte im Anfange des 4. Monates eine Störung erfahren und zwar durch Inkarceration des retroflektierten Uterus. Dieser Zustand dauerte, verbunden mit Harndrang und Harnträufeln, 3—4 Tage lang, da meine Hilfe erst nach dieser Zeit in Anspruch genommen wurde. Uebrigens wurde das Uebel, für dessen Entstehung die Frau keine Ursache angeben konnte, durch Kathetrisieren der Harnblase und manuelle Aufrichtung des Uterus leicht beseitigt. Irgend eine aussergewöhnliche Wahrnehmung machte ich dabei nicht.

Nach wenigen Tagen Bettliegens konnte die Frau ihre

Feldarbeit in gewohnter Weise wieder aufnehmen. Eine nochmalige Untersuchung in der Folgezeit vorzunehmen, hatte ich also keinen Anlass. Wie ich aber später mit Bestimmtheit erfuhr, war ihre Wiederherstellung keine vollständige; vielmehr klagte sie von jener Zeit an über einen häufig wiederkehrenden, schmerzhaften Drang auf den Mastdarm, der verbunden mit trägem Stuhle ihr viele Beschwerden machte. Sie hatte dabei nach der Defaekation niemals das befriedigende Gefühl der vollständigen Entleerung, sondern es war ihr immer, als sei noch etwas zurück. Die Urinentleerung war ungestört. Trotzdem dieser lästige Zustand sich mehr und mehr steigerte, liess sich die fleissige Frau nicht abhalten, anstrengende Arbeit zu verrichten, die in den letzten Monaten vor ihrer todbringenden Erkrankung im Zusammenmachen von Laubstreu bestund, welche sie von einem steilen Berghang in schweren Bündeln auf dem Kopfe nach Hause trug.

Am frühen Vormittag des für sie so verhängnissvoll gewordenen 15. October fühlte sie, nachdem ihre Beschwerden in den letzten 14 Tagen noch erheblich zugenommen und mehrmals die Meinung bei ihr hervorgerufen hatten, es wolle sich eine frühzeitige Niederkunft einleiten, wiederholt jenen mit wehenartigen Schmerzen verbundenen Drang auf den Stuhl, der nach mehrmaligen vergeblichen Anstrengungen um 11 Uhr eine Entleerung zur Folge hatte. Nachdem sie von ihren Schmerzen befreit mit grösstem Appetite ein reichliches Mittagessen zu sich genommen, ging sie auf das Feld, welches etwa eine Stunde von ihrer Wohnung entfernt ist, um Dünger von einem Wagen abzuladen und auszubreiten. Gegen 3 Uhr stellte sich nun abermals wehenartiger Drang ein, der sich, wie schon öfter in letzter Zeit, zu förmlichen Presswehen steigerte, dieses Mal aber nicht eher nachliess, als bis sie mit dem Gefühle, es sei etwas im Leibe geplatzt, und unter gleichzeitigem Abgange von Wasser und Blut aus den äusseren Geschlechtstheilen zur Erde fiel. Sie machte sich alsdann im

Glauben, sie sei im Gebären begriffen, auf den Heimweg, wobei fortwährend Blut abträufelte; eine Viertelstunde später hatte sie unter nochmaliger Steigerung der Schmerzen die Empfindung, als dränge sich durch die Schamspalte ein grösserer Körper, von dessen Vorhandensein sie sich ausserdem durch Befühlen mit den Fingern überzeugte und den sie für einen Kindstheil hielt. Die Blutung hörte von der Zeit an auf. Ausser Stande, sich länger aufrecht zu halten, stürzte sie abermals zusammen und wurde kurze Zeit darauf mit dem Bauche auf einem Steinhaufen liegend aufgefunden.

Die alsbald herbeigeholte Hebamme setzte sie auf einen zufälliger Weise danebenstehenden Schiebkarren und veranlasste etwa 1 1/2 Stunden später, dass sie auf einem grösseren zweirädrigen Karren nach Hause gebracht wurde, woselbst sie um 1/27 Uhr, also 3 1/2 Stunden nach dem Verlassen des Feldes ankam. Sie wurde alsbald zu Bette gebracht und die Geschwulst mit warmen Tüchern bedeckt.

Bei meiner Ankunft um 1/29 Uhr konstatierte ich folgenden Befund:

Die Kranke, eine kleine, schlecht genährte Frau, ist nicht erheblich kollabiert, die Hauttemperatur wenig herabgesetzt, der Puls, 80 Schläge in der Minute, mässig gespannt und regelmässig; der Umfang des Bauches dem Stadium der Schwangerschaft entsprechend, der Uterus mit seinem Fundus wenig über dem Nabel stehend, gegen die übrigen Baucheingeweide leicht abzugrenzen, weich und unempfindlich gegen Druck, grössere Kindstheile und deren Bewegungen deutlich fühlbar, die Herztöne der Frucht auffallend laut, von einer Geburtsthätigkeit keine Spur; der übrige Bauchumfang gegen Druck ziemlich gleichmässig und hochgradig empfindlich.

Zwischen den Oberschenkeln präsentiert sich, die äusseren Geschlechtstheile und den After kranzförmig verdeckend, eine gleichmässig dunkelroth aussehende, stark zwei Männerfäuste grosse Geschwulst, welche aus einer etwa 1 m. langen Dünndarm-

schlinge und dem zugehörigeu Mesenterium bestund. Dass es sich hierbei in der That um einen Vorfall des Darmes handelte, liess sich mit aller Betimmtheit dadurch feststellen, dass ich den Darminhalt unter hörbarem Geräusche zwischen den Fingern verschieben und ausserdem das Darmrohr von dem Mesenterium leicht abgrenzen konnte.

Bei dem Touchieren der Scheide erwies sich deren Schleimhaut aufgelockert, die Cervix uteri schwer zu erreichen und nach vorne und oben dislociert, der Muttermund für den Finger nicht durchgängig; in der Hinterwand der Scheide ein für drei Finger leicht passierbarer, von oben nach unten verlaufender Riss, durch den sich die Gedärme samt Mesenterium in die Bauchhöhle verfolgen liessen.

Ueber die Behandlung des Vorfalles konnte ich nicht lange im Zweifel sein. Im Besitze der nöthigen Instrumente und Assistenz würde ich, den heutigen Grundsätzen der Chirurgie entsprechend, nach vorheriger Desinfektion und Reposition der Gedärme die Rissöffnung der Vagina mit oder ohne Einlegung eines Drains durch die Naht vereinigt haben. Da ich aber ohne Instrumente und auf mich allein angewiesen war, so musste ich auf diese verzichten.

Zunächst unterzog ich den Vorfall der sorgfältigsten Reinigung mit lauwarmem anderthalb procentigem Karbolwasser, wovon ich gegen 5 Liter verbrauchte, und versuchte alsdann seine Reposition durch die Scheide in die Bauchhöhle. Trotz tiefer Narkose wurde dabei die Bauchpresse zu energischer Aktion angeregt, so dass ich wiederholt einhalten musste. Doch kam ich schliesslich ohne allzu grosse Kraftanwendung zum Ziele, wobei die Därme, wie die Sektion später erwies, zum Theil in den oberhalb des Promontoriums befindlichen Abschnitt der Bauchhöhle verbracht wurden. Es war etwa $^1/_2$10 Uhr abends, der Darm hatte sich mithin $6^1/_2$ Stunden ausserhalb der Bauchhöhle befunden. Die Reposition war von einer starken venösen Blutung gefolgt.

Um einen abermaligen Vorfall des Darmes zu verhüten und zugleich die Vereinigung und Verklebung der Wundränder zu ermöglichen, tamponierte ich die Scheide, nachdem ich sie nochmals mit Karbolwasser ausgespült, mit mehreren handbreiten und meterlangen Streifen von Sublimat-Gaze, bis die Blutung aufhörte.

Mit Rücksicht auf das lange Verweilen des Darmes ausserhalb der Bauchhöhle und die während dessen stattgehabte Verunreinigung durch das Scheidensekret und durch den zwischen den äusseren Geschlechtstheilen, dem After und den Oberschenkeln befindlichen Schweiss und Schmutz, musste die Prognose als ungünstig bezeichnet werden, da auch die sorgfältigste Reinigung nicht mehr im stande sein konnte, die bereits erfolgte Infektion rückgängig zu machen.

Der weitere Verlauf erschien aufangs zwar einigermassen günstig. Die Temperaturen waren:

am	16.	vormittags	38.0°	— abends	38.4°
«	17.	»	39.6°	— »	38.4°
»	18.	»	39.0°,		

Pulsfrequenz in den ersten zwei Tagen 120—126. Reichliche Schweisssekretion. Aus der Scheide schon nach wenigen Stunden eine massenhafte, seröse, nicht übelriechende Absonderung, die aber am dritten Tage sistierte. Der Tampon wurde zum erstenmale am 17. gewechselt und war etwas übelriechend; es wurde alsbald ein zweiter, mit Jodoform gepuderter eingeschoben, der am folgenden Tage erneuert wurde. Die hierbei vorgenommene Touchierung erwies das vollständige Fehlen von Darmschlingen in der Vagina, die Ränder des Risses gefaltet und zum Theil an einander liegend. Die Schmerzhaftigkeit des Leibes war nicht sonderlich gross; die Kranke klagte hauptsächlich über Stechen im Unterleibe, das sie übrigens in den beiden ersten Nächten am Schlafe nicht vollständig hinderte. Dagegen trat schon wenige Stunden nach der Reposition unstillbares Erbrechen ein, welches an-

fangs das unverdaute letzte Mittagessen, später schleimige und gallige Flüssigkeit in grossen Mengen zu Tage förderte. Die Tympanitis, am ersten Tage unerheblich, steigerte sich am zweiten und dritten ganz enorm und verursachte der Kranken grosse Qualen. Der Abgang von Koth und Flatus fehlte gänzlich. Der Urin konnte mit Ausnahme des ersten Tages spontan entleert werden.

Während das Allgemeinbefinden am 16. und 17. verhältnismässig gut gewesen, trat am 18., nachdem vormittags der Puls auf 144 und die Athemfrequenz auf 48 in der Minute gestiegen waren, nachmittags um 2 Uhr der Tod ein.

Die Sektion, welche Herr Professor Kehrer von Heidelberg am Nachmittage des 19. vorzunehmen die Güte hatte, ergab folgendes:

Magere, erdfahl aussehende Leiche. Ausgesprochene Leichenstarre. An der Rückseite dunkelrothe Hautverfärbung. Bauch hochgradig meteoristisch. Sämtliche, ausserhalb der Bauch- und Beckenhöhle gelegene Organe weisen keinen bemerkenswerten Befund auf.

In der Bauchhöhle ziemlich viel blutig gefärbte Flüssigkeit, in ihrem unteren Abschnitte mehrfache Blutkoagula. Magen und Dünndarm enorm ausgedehnt. Die Serosa der Baucheingeweide zeigt im ganzen geringe Entzündungserscheinungen, die fast ausschliesslich in einer Gefässinjektion bestehen, nur auf der Vorderfläche der Leber und dem ihr anliegenden Theile des Zwerchfells sind reichliche, eiterig-fibrinöse Auflagerungen.

Beim Umlegen des Uterus nach vorne kommt ein Konvolut von Dünndarmschlingen zum Vorschein, welche — es ist der untere Abschnitt des Ileums, — sich von der Bauhinschen Klappe in das kleine Becken erstrecken, die Excavatio recto-uterina ausfüllend. An der gleichmässigen, dunkelrothen Färbung und trüben Schwellung der Serosa und der starken Gefässfüllung

des zugehörigen Mesenteriums werden dieselben mit Bestimmtheit als die bei Lebzeiten vorgefallene Darmparthie rekognosciert; sie sind durch feine Fibrinauflagerungen mit einander verklebt. Irgend welche missfarbige Stellen sind an ihnen nicht aufzufinden.

Im Magen massenhaft gelbgrünliche Flüssigkeit, im Dünndarm gelber Chymus, im Dickdarm reichliche, breiige, weiter abwärts geformte Kothmassen.

Leber blass, stellenweise gesprenkelt, Milz mittelgross, schlaff, nicht breiig.

Nieren mit starker Injektion in der Grenze von Rinde und Mark, Blase leer, Schleimhaut blass.

Der Uterus bis zum Nabel reichend und auffallend in die Breite gezogen, ist in toto nach vorne verschoben, seine vordere Wand über der Schossfuge divertikelartig vorgebaucht; er behält seine Lage bei, auch nach Entfernung sämtlicher, hinter ihm befindlichen Därme. Tuben und Ovarien normal. Corpus luteum im linken Ovarium. Cervix für den Finger nicht durchgängig. Cervikalkanal 3 cm. lang.

Der Foetus, männlich, 38 cm. lang, liegt quer, Kopf links, Rücken nach oben, Bein im rechten Kniee gestreckt; sonst normale Haltung.

Placenta im oberen Abschnitt der rechten Hälfte der Hinterwand des Corpus, an ihrem obersten Rande mit einer serösen Kyste von Halbwalnussgrösse.

Der Douglassche Raum bildet einen ungemein geräumigen, trichterförmigen Sack, welcher sich in einer Länge von beiläufig 15 cm. vom unteren Abschnitte des Gebärmutterkörpers zwischen Scheide und Rectum bis zum Beckenboden erstreckt und ausser Dünndarm flüssiges und geronnenes Blut enthält.

Bei späterer Untersuchung des Weingeistpräparates, welches

sich im Besitze des Herrn Professor Kehrer befindet, machte ich folgende weitere Erhebungen:

Der Douglassche Raum verläuft in schräger Richtung von rechts oben nach links unten; er liegt nicht in der Mitte, sondern weicht in toto von der Sagittalebene nicht unerheblich nach links ab. Sein konisch zulaufender Grund, 4 cm. breit, ist von der rechten Seitenwand der Scheide 2 cm. weiter entfernt als von der linken und endigt 3 cm. oberhalb des Introitus vaginae, der Ampulle des Mastdarms dicht anliegend. Von hier aus verläuft seine Begrenzungslinie rechterseits ziemlich steil nach aufwärts, so dass daselbst der Douglassche Raum erst in der Höhe der Cervix sich mit dem Lumen der Scheide deckt, während jene linkerseits schon nach einem Verlaufe von 4 cm. die Grenze der Scheide erreicht, um sie noch in einer Länge von 5 cm. zu überschreiten und alsdann in ziemlich senkrechter Richtung dem Eingange sich zuzuwenden. Letzterer mit einem geraden und queren Durchmesser von je beiläufig 10 cm. wird zu beiden Seiten von einer Umschlagsfalte des Beckenperitoneums begrenzt, welche rechts einen starken, mit seiner Konkavität nach innen gerichteten Bogen bildet, links dagegen ziemlich gerade verläuft und leistenförmig vorspringt. Diese Falten legen sich 5 cm. oberhalb der Gegend des inneren Muttermundes an den Uterus an. Schon aus dieser Lage derselben geht also hervor, dass es die ursprünglichen Plicae semilunares Douglasii nicht sind, da letztere sich unter normalen Verhältnissen in der Höhe des inneren Mnttermundes befinden.

Auffallend ist das Verhalten des Bauchfells oberhalb und unterhalb der Einpflanzungsstelle des Scheidengewölbes. Während es nämlich als Ueberzug des Uterus normale Dicke zeigt, ist es als Scheidenperitoneum so dünn, dass man Mühe hat, sich von seinem Vorhandensein zu überzeugen.

In der Vorderwand des Cavum Douglasii befindet sich, seiner Mittellinie entsprechend, also ebenfalls die Richtung von

rechts oben nach links unten einhaltend, eine 7.5 cm. lange Oeffnung, welche eine Kommunikation mit der Scheide bildet; sie beginnt oben 2 cm. unter dem Anfange des Scheidengewölbes und endigt 1 cm. über dem Grund des Douglasschen Raumes. Ihre stellenweise gefalteten Ränder, unter sich und mit den anliegenden Dünndarmschlingen durch Fibrinauflagerungen verklebt, haben ein unregelmässiges, gerissenes Aussehen; sie zeigen keine Spur einer Nekrose oder Eiterung oder Hämorrhagie in ihrem Gewebe. Sämtliche Schichten der Scheidenhinterwand in auffallendster Weise verdünnt, am meisten in der Umgebung des Risses.

Rechts am seitlichen Umfange des Douglasschen Raumes verlaufen vom Beckenboden bis zum Parametrium derbe, fibröse Faserzüge; sie sind beiläufig bis zu 4—5 cm. breit, in mehrfache Bündel und Platten geordnet und schliessen mit Blutkoagula gefüllte Hohlräume ein, die theilweise die Grösse einer Kirsche erreichen. Sie bilden, in inniger Verbindung mit dem Douglas stehend, eine ununterbrochene schwielige Schichte vom Beckenboden bis ins Parametrium mit einer Mächtigkeit von 1—2 cm.

Bei dem Versuche die Frage nach der Entstehung der Scheidenruptur zu beantworten, werden wir die Thatsache berücksichtigen müssen, dass ausser bei der Geburt die Zerreissung einer Scheide von normaler Beschaffenheit ohne Einwirkung einer äusseren Gewalt nicht vorkommt. Es kann deshalb keinem Zweifel unterliegen, dass in unserem Falle, in welchem beides ausgeschlossen ist, die durch die Sektion erwiesenen Veränderungen in den topographischen und Strukturverhältnissen der Beckenorgane die Voraussetzung bildeten für das Zustandekommen der Ruptur.

Als Ausgangspunkt dieser Veränderungen erscheint die von mir seiner Zeit konstatierte Schwangerschaft des retroflektierten Uterus. Schon die Retroflexion an sich ist, wie uns die Gynaekologen lehren, mit einer Vertiefung des Douglasschen Raumes verbunden, die sich bei längerer Dauer infolge

der durch die Knickung hervorgerufenen Vergrösserung des Uterus nicht unerheblich steigert. Wird aber die retroflektierte Gebärmutter schwanger, dann muss die Erweiterung des Cavum Douglasii einen ganz bedeutenden Grad erreichen, da jene geradezu darauf angewiesen ist, sich während der nächsten Monate innerhalb des letzteren zu vergrössern.

Hierbei wächst der Uteruskörper, während seine Cervix immer mehr nach oben und vorne rückt, nach unten einem Keile ähnlich zwischen Scheide und Rectum hinein, das Bindegewebe, welches beide unterhalb des Bauchfells aneinander heftet, durch Druck zum Schwunde bringend. Diese Wachsthumsrichtung findet erst am Beckenboden ihre Grenze und hat also eine Loslösung der Scheide vom Mastdarme zur Folge, bis zu der Stelle, wo Beckenfascie und Levator ani an dieselben sich anlegen. Es vollzieht sich hierbei im Grunde genommen der gleiche Vorgang wie bei dem Uterusprolaps, nur mit dem Unterschiede, dass in dem ersteren Falle das Scheide und Rectum verbindende Zellgewebe infolge Drucks, in dem anderen Falle infolge Zugs von seiten der Gebärmutter atrophiert. Die mit der Volumenszunahme der letzteren notwendiger Weise verbundene Ausstülpung des Douglasschen Raumes zu einer förmlichen Peritonealtasche kommt in seinem hinteren und seitlichen Umfange wohl hauptsächlich zu stande durch Verschiebung des benachbarten Beckenperitoneums, dessen an und für sich schon lockere Befestigung mittelst des subperitonealen Bindegewebes während der Schwangerschaft noch erheblich loser wird.

Anders verhält es sich in seinem vorderen Umfange. — Hier ist eine Verschiebung des Bauchfells von oben herab auf die Scheide unmöglich, da dasselbe von der Gegend des inneren Muttermundes an untrennbar mit der Gebärmutter verbunden ist. Es muss also die Verlängerung der Vorderwand des Douglas, da andrerseits die Verzerrung seiner seitlichen, hinteren und unteren Bauchfellauskleidung nach vorne nur wenig in

Betracht kommt, vorwiegend erfolgen mittelst einer hochgradigen Dehnung und Verdünnung jenes Bauchfellabschnittes, welcher ursprünglich den Ueberzug des Fornix bildete.

Wie aus dem Sektionsberichte ersichtlich, war in meinem Falle das die Scheidenhinterwand bekleidende Bauchfell in exquisiter Weise verdünnt; ob auch in anderen Fällen von Schwangerschaft des retroflektierten Uterus der Obduktionsbefund der gleiche war, darüber konnte ich in der Literatur keinen Aufschluss bekommen.

Trotzdem erscheint mir die Annahme gerechtfertigt, dass überall, wo ein schwangerer Uterus sich im Douglas vergrössert, die Vorderwand des letzteren eine erhebliche Verdünnung erfährt, da die Art und Weise, wie ihre Verlängerung zu stande kommt, wohl jedesmal die von mir geschilderte sein muss. Ist jener reponiert, dann wird das Bauchfell voraussichtlich in den meisten Fällen in Bälde an Dicke wieder zunehmen, da seine Gefässe in hohem Grade blutleer, solange sie dem Druck und Zug der Gebärmutter ausgesetzt waren, sich in erhöhtem Masse mit Blut anfüllen und Ernährungsmaterial zuführen, sobald sie von demselben befreit sind.

Warum in unserem Falle eine Reparation nicht eintrat, die Verdünnung sich vielmehr auch auf die Muskel- und Schleimhautschichte der Scheide ausdehnte, davon später. —

Von Wichtigkeit für die Beurteilung unseres Falles erscheint das Verhalten der Douglasschen Seitenfalten. Die Gynaekologen geben an, dass bei Retroflexion des Uterus der Eingang des Douglasschen Raumes nicht erweitert ist, manchmal sogar recht eng, so dass man (H. Fritsch, Lageveränderungen der Gebärmutter, pag. 87.— Chirurgie von Billroth und Pitha) bei Sektionen den Uteruskörper aus demselben herausheben kann, wie einen Gelenkskopf aus der Pfanne.

Angaben darüber, wie sich der Eingang des Douglasschen Raumes bei retroflektiertem Uterus im Zustande der Schwangerschaft verhält, habe ich in der Literatur nicht auffinden

können. Doch müssen wir schon a priori eine Erweiterung desselben voraussetzen, da anderenfalls die Reposition der durch die Schwangerschaft vergrösserten Gebärmutter nicht möglich wäre. Der Vorgang ist ja leicht erklärlich. Zunächst werden bei der Herabzerrung des benachbarten Beckenperitoneums durch den Druck der schwangeren Gebärmutter auf den Boden des Douglas selbstverständlich auch die Eingangsfalten desselben samt den Musculi retractores uteri, welche ihre Stützen bilden, nach abwärts verschoben, sodass sie schliesslich entfaltet werden und in die Seitenwände des Douglasschen Sackes übergehen, während oberhalb gelegene Parthien des Beckenperitoneums ihre Stelle als Begrenzungsfalten einnehmen. — Da aber die Gebärmutter im Verlaufe der Schwangerschaft sich nicht nur im Längendurchmesser, sondern auch in ihrem seitlichen Umfange gleichmässig nach allen Richtungen vergrössert, so geht selbstverständlich mit der Vertiefung des Douglas eine Ausweitung desselben und damit ein Zurücktreten der seine Apertur begrenzenden Peritonealfalten Hand in Hand.

Wie bereits erwähnt, war in meinem Falle die Erweiterung des Introitus cavi Douglasii eine beträchtliche. Es ist aber sehr wahrscheinlich, dass bei ihrem Zustandekommen noch ein anderer Faktor thätig war, da mit der Annahme, die Vergrösserung des Uterus sei ihre alleinige Ursache gewesen, die ausgesprochene Trichterform der Peritonealtasche im Widerspruche steht. — Wie wir weiter unten sehen werden, traten bei meiner Patientin nach der Reposition des Uterus Erscheinungen auf, welche mit ziemlicher Sicherheit den Schluss gestatten, dass Dünndarmschlingen den bisher von jenem innegehabten Raum im Douglas einnahmen und dadurch die Entstehung einer Enterocele vaginalis posterior veranlassten. Es bedarf gewiss keiner weiteren Begründung, dass alsdann durch den Andrang der Gedärme die bereits durch den Uterus angebahnte Erweiterung des Introitus cavi Douglasii noch bedeu-

tend vermehrt wurde, ganz in der gleichen Weise wie bei sonstigen Eingeweidebrüchen die Bruchpforten zurückgedrängt und ausgedehnt werden. Es leuchtet ein, dass diese bedeutende Weite des Eingangs zum Douglasschen Raum, nachdem sie einmal zu stande gekommen war, die Folge haben musste, dass nun die Bauchpresse mit grösster Gewalt auf den Inhalt der Vaginalhernie und ihre Wände einwirken und bei gleichzeitiger Mitwirkung noch anderer begünstigenden Momente eine Ruptur des Bruchsackes samt der Scheidenhinterwand herbeiführen konnte.

Die primäre Enterocele vaginalis posterior — eine Ausfüllung des Douglasschen Raumes durch Gedärme mit Hervorwölbung der Scheidenhinterwand ohne Prolapsus uteri — wird von den Autoren übereinstimmend als ein sehr seltenes Vorkommnis bezeichnet. — Ich habe in der Literatur nur zwei solche näher beschriebene Fälle, die aber nicht zur Sektion kamen, auffinden können; der eine ist von Landau (Berl. Klin. Wochenschrift 1877, No. 12), der andere von Breisky (die Krankheiten der Scheide, pag. 70 in Billroths und Pithas Handbuch der Chirurgie) beobachtet worden. In Landaus Fall bildete die Enterocele ein Hindernis für die Frühgeburt im Anfange des VIII. Monates, dessen Beseitigung durch die Taxis erst mittelst Einführung der ganzen Hand in den Mastdarm während tiefer Narkose gelang. Er untersuchte die Frau drei Monate später und fand nun — eine Retroflexio uteri. — Breisky, bei dessen Patientin der Uterus sich in normaler Lage befand, gelang die Reposition bei wiederholten Versuchen in der Knieellenbogenlage nicht, sondern erfolgte spontan nach längerem methodischen Gebrauche von Abführmitteln. Breisky vermutet, dass die Ausstülpung der Douglasschen Peritonealtasche zu einem Bruchsacke nur bei einer aussergewöhnlichen Enge des Zuganges in dieselbe, wodurch ein seitliches Ausweichen und Zurückschlüpfen der Darmschlingen in die Bauchhöhle verhindert werde, zu stande komme. Obwohl diese

Erklärung sehr plausibel klingt, so fehlt eben doch ihre Bestätigung durch die Sektion, die um so wünschenswerter wäre, als ein zwingender Grund für eine solche Annahme in den Krankheitserscheinungen beider Fälle nicht vorhanden zu sein scheint; denn in dem Breiskys konnte ebenso gut als ein enger Bruchsackhals eine Kothanhäufung, in jenem Landaus der untere Abschnitt der schwangeren Gebärmutter das Hindernis für die Taxis abgeben. Einigermassen im Widerspruche mit seiner Erklärung gibt Breisky an, es hätten die Beschwerden der Frau, welche sie bei längerem Stehen und Gehen, sowie beim Stuhlgange durch die Spannung des Tumors empfand, entschiedene Analogie mit jenen gehabt, die bei grossen beweglichen Hernien mit weiter Bruchpforte vorkommen.

Dass bei meiner Patientin der Zugang zum Douglas nicht abnorm eng war, sondern aussergewöhnlich weit, ist bereits erwähnt worden. — Bevor ich aber das Zustandekommen ihrer primären Enterocele vaginalis posterior zu erklären versuche, scheint es mir nicht ganz überflüssig, den Beweis zu liefern, dass bei ihr in der That eine solche Hernie vorhanden war. Denn man könnte darauf fussend, dass sie bei Lebzeiten nicht constatiert wurde, sehr wohl an die Möglichkeit denken, die Darmschlingen seien aus einer uns unbekannten Veranlassung ohne vorherige Bildung einer Vaginalhernie unter der Einwirkung der Bauchpresse direct aus der Bauchhöhle in den durch die vorherige Retroflexion des Uterus erweiterten Douglasschen Raum getreten, um seine Vorderwand alsbald zu perforieren. Dagegen spricht zunächst das Verhalten des Uterus, dessen vordere Wand bei der Obduktion divertikelartig über die Schossfuge vorgebaucht war, ein Zustand, der sich ungezwungen als Wirkung einer Vaginalhernie erklären lässt, da hierbei die Gebärmutter durch das von der Ileocoecalgegend nach dem Grund des Cavum Douglasii sich erstreckende, sehr umfangreiche Darmconvolut während längerer Zeit nach vorne verdrängt war. — Ferner die trichterförmige Figuration des Dou-

glasschen Raumes, welche nicht durch die vorausgegangene Retroflexion der schwangeren Gebärmutter herbeigeführt sein konnte, da er ihrer birnförmigen Gestalt entsprechend in diesem Falle am Grunde hätte umfangreicher sein müssen, als an seinem Eingange, während andererseits, wie bereits oben erwähnt, eine Enterocele vaginalis die Erweiterung des letzteren zur Folge haben musste. — Endlich die Beschaffenheit der geborstenen Scheidenhinterwand selbst. Die Sektion erwies ihre sämtlichen Schichten hochgradig verdünnt. Die Gründe, die dafür sprechen, die Verdünnung ihres Bauchfellüberzuges sei Folge des Drucks von Seiten des schwangeren retroflektierten Uterus gewesen, habe ich bereits ausführlich auseinandergesetzt. Anders mit ihrer Muskel- und Schleimhaut. Sie können, durch eine Retroflexion des Uterus im Gegentheile zusammengefaltet und erschlafft, der Vergrösserung desselben folgen, ohne gedehnt und gezerrt zu werden. Dass aber die Gedärme, die ich vorgefallen fand, im stande gewesen sein sollten, im ersten Anprall die Verdünnung derselben zu bewirken, daran ist doch im Ernst nicht zu denken. Dagegen ist es ja leicht verständlich, dass bei dem Bestande einer Enterocele vaginalis nun auch die Muskel- und Schleimhaut der Scheidenhinterwand unter der längere Zeit fortgesetzten Einwirkung der Bauchpresse durch das Andrängen der Gedärme in abnormer Weise gedehnt und verdünnt wurden. Ein begünstigendes Moment war dabei die Schwangerschaft, da die Scheidenhinterwand, durch den schwangeren Uterus in ihrer Lage fixiert, dem von oben wirkenden Drucke nicht ausweichen, d. h. nicht prolabieren konnte.

Schwieriger als der Beweis für das Vorhandensein einer Enterocele vaginalis bei meiner Patientin dürfte die Auffindung einer befriedigenden Erklärung ihrer Entstehung sein. Zum Teil möchte sich der Aufschluss darüber aus der Beantwortung der Frage, wann sie entstanden ist, ergeben. Aber schon hierbei begegnen wir grossen Schwierigkeiten, da ich keine Gelegenheit

hatte, die Frau vor ihrer letzten Konception oder von der Reposition der Gebärmutter an bis zum Eintritte der Scheidenruptur zu untersuchen, die Aufnahme eines objectiven Befundes für diese Zeit also fehlt. Es wäre ja möglich, dass schon vor der letzten Schwangerschaft eine Vaginalhernie bestand, jedenfalls lässt sich das Gegentheil nicht beweisen. Doch glaube ich, dass eine Entscheidung darüber wenig Wichtigkeit hat. Denn daran ist nicht zu zweifeln, dass während der Retroflexion der schwangeren Gebärmutter eine Vaginalhernie nicht vorhanden war, dass also die Hernie, welche später rupturierte, erst nach der Reposition jener entstand, sei es zum ersten Male, sei es als Recidiv. Andernfalls wäre mir, als ich dieselbe vornahm, die gleichzeitige Anwesenheit von Darmschlingen im Douglasschen Raume sicherlich nicht entgangen. Dann muss es aber auch mit Rücksicht auf die beschränkte Ausdehnungsfähigkeit dieses Raumes als unmöglich bezeichnet werden, dass er bei nicht prolabierter Scheide gleichzeitig den schwangeren Uterus und ein Darmconvolut enthält; wie denn auch in der Literatur kein einziger derartiger Fall verzeichnet ist. — Es würde sich nun um eine genauere Zeitbestimmung handeln, wann etwa nach der Reposition der Darm in den Douglas hineinschlüpfte. Mit Bestimmtheit lässt sich ein Ausspruch darüber nicht thun. Doch ergeben sich aus der Krankengeschichte und dem Sektionsbefunde Anhaltspunkte, welche wenigstens mit Wahrscheinlichkeit dafür sprechen, dass in dem Augenblicke, als ich den Uterus aufgerichtet hatte, an seine Stelle Darmschlingen traten.

Frau Jakob hatte in den letzten Monaten vor ihrem Tode nach der Defaekation niemals das befriedigende Gefühl der vollständigen Entleerung, ausserdem war sie häufig von einem späterhin wehenartigen Drang auf den Stuhl gequält. Es steht der Annahme nichts entgegen, dass der Druck der Hernie auf den Mastdarm jenen Drang erzeugte, der natürlich durch

eine Entleerung desselben nur verringert, aber nicht ganz beseitigt werden konnte, da die Raumbeschränkung durch die Hernie blieb.

Der Widerspruch, der gegen eine solche Auffassung darin gefunden werden könnte, dass vorher der retroflektierte, schwangere Uterus nichts derartiges bei der Frau hervorrief, verliert seine Bedeutung, wenn man erwägt, dass ein mit der ganzen Kraft der Bauchpresse nach abwärts gedrängter Darm mit seinem wechselnden Inhalte ganz anders irritierend auf die Rektalnerven wirken musste, als der in langsamer und stetiger Vergrösserung begriffene Uterus. Da nun jene Erscheinungen von der Reposition der Gebärmutter an auftraten, so dürften wir auch die Entstehung der Hernie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf jene Zeit festsetzen. — Eine sehr beachtenswerte Unterstützung erfährt diese Auffassung durch die bei der Obduktion vorgefundenen Veränderungen in der Umgebung des Douglasschen Raumes und in dem rechten Parametrium, welche möglicher Weise dazu dienen konnten, die Entstehung der Vaginalhernie durch den Akt der Gebärmuttertaxis selbst zu begünstigen. Bevor ich aber näher auf diese Verhältnisse eingehe, halte ich es für zweckdienlich, den Verschiebungsmechanismus der Beckeneingeweide bei der Reposition der schwangeren retroflektierten Gebärmutter unter normalen Verhältnissen etwas eingehender zu besprechen.

Wenn die Hand des Arztes den tief im kleinen Becken befindlichen Uterusgrund in die Höhe hebt, dann wird die hintere Wand der Scheide und damit zugleich die Vorderwand des Cavum Douglasii zum Theile durch die Hand selbst, zum Theile durch die mit ihr eingedrungene, äussere Luft seiner Hinterwand in dem Masse angedrückt, als der Uteruskörper in die Höhe steigt, sodass in dem Augenblicke, wo derselbe den Douglas verlässt, ein Lumen cavi Douglasii nicht mehr existiert. Zieht nun nach vollbrachter Reposition der Arzt seine Hand aus der Scheide zurück, so treten der untere Abschnitt der

Gebärmutter und die Harnblase, die während der Retroflexion nach vorne und oben über die Symphyse verdrängt waren, aber schon mit dem Beginne der Aufwärtsbewegung des Uterusgrundes eine Lokomotion nach abwärts ausgeführt hatten, (soweit die in der Scheide noch befindliche Hand dies gestattete), vollends in das kleine Becken herab, sobald letztere und die eingedrungene äussere Luft die Scheide verlassen haben. Sie füllen nun unter Aufhebung des Scheidenlumens im Verein mit den jetzt strotzend gefüllten Venengeflechten der Beckenorgane den freigewordenen Raum aus, sodass Vorder- und Hinterwand des Cavum Douglasii ohne zwischenliegende Eingeweide direkt an einander liegen, gerade so, wie es bei normal verlaufenden Schwangerschaften der Fall ist.

Die Veranlassung für die Störung des regelmässigen Ablaufs dieses Mechanismuses bei meiner Patientin möchte, wie schon angedeutet, in den fibrösen Strängen und Platten zu suchen sein, in welche der Douglassche Raum in seiner rechten Hälfte eingebettet war und welche sich bis ins Parametrium hinauf erstreckten. Unzweifelhaft war dadurch die leichte Beweglichkeit und Verschiebbarkeit der Beckenorgane, Eigenschaften, welche dieVoraussetzung bilden für die Wiedereinnahme der normalen Lage jener, erheblich beeinträchtigt. Es führten deshalb, als ich nach beendigter Aufrichtung der Gebärmutter die Hand aus der Scheide zurückzog, die Cervix und die Harnblase ihre Abwärtsbewegung gegen das kleine Becken in langsamerem Tempo aus, als dies bei ungehinderter Beweglichkeit der Fall gewesen wäre. Somit hätte, da in Folge des verzögerten Herabtretens der genannten Organe die Vorderwand der Scheide an ihre Hinterwand nicht sofort angedrückt wurde, das Lumen derselben, wenn auch für kurze Zeit, klaffen müssen. Nun kann aber ein leerer Raum in der Bauch- und Beckenhöhle nicht existieren. Somit musste das Andrängen gegen den Douglasschen Raum von Seiten der benachbarten Dünndarmschlingen, welche zudem in

Folge der Aufwärtsschiebung des Uteruskörpers, der eine entsprechende Abwärtsbewegung der Cervix nicht gefolgt war, unter einem erhöhten intraabdominalen Druck standen, zur Folge haben, dass die Wandungen genannten Raumes wiederum auseinander wichen, um jene Darmschlingen an Stelle des Uterus aufzunehmen. Durch diesen Vorgang wurde zugleich obiger leerer Raum zum Verschwinden gebracht, indem nunmehr durch die Verschiebung der vorderen Wand der Douglasschen Peritonealtasche nach vorne die Hinterwand der Scheide ihrer Vorderwand angedrückt wurde.

Gegen diese Erklärung wäre nun freilich der sehr gewichtige Einwand zu erheben, dass wir gar nichts darüber wissen, wann die Entzündung des Beckenzellgewebes, deren Residuen ich als Ursache für die Entstehung der Vaginalhernie bezeichnet habe, stattgefunden hat. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sie aus einem vorhergegangenen Puerperium stammen, also schon vor der Retroflexion des Uterus vorhanden waren, es ist aber auch möglich, dass sie erst während des Bestandes der Hernie und durch ihre Einwirkung entstanden. In letzterem Falle wären dann natürlich meine Schlussfolgerungen hinfällig.

Wenn ich nun auch über einen Wahrscheinlichkeitsbeweis für die Richtigkeit meiner Erklärung der feineren Vorgänge bei dem Zustandekommen der Enterocele meiner Patientin nicht hinauskomme, so glaube ich doch als erwiesen betrachten zu dürfen die Existenz einer solchen Hernie und ihren Kausalzusammenhang mit der Retroflexion der schwangeren Gebärmutter.

Ich möchte mit wenigen Worten auf die Fälle Breiskys und Landaus zurückkommen. — Wie ich bereits auseinandergesetzt habe, ist ein Beweis für die Entstehung dieser beiden Enterocelen in Folge eines abnorm engen Zugangs zum Douglas in keiner Weise erbracht. Dagegen wird man wenigstens die

Möglichkeit zugeben müssen, auch sie als Folgezustände einer Retroflexion der schwangeren Gebärmutter anzusehen.

In Landaus Fall findet diese Auffassung einige Bestätigung durch die drei Monate nach der Taxis der Hernie und nach der Geburt konstatierte Retroflexio uteri. Es hätte hierbei, wenn meine Voraussetzung richtig ist, zuerst der schwangere, retroflektierte Uterus den Douglasschen Raum erheblich vertieft und erweitert, an seine Stelle seien — die Ursache dafür ist uns unbekannt — nach seiner Spontanreposition, die ja bekanntlich sehr häufig vorkommt, Darmparthien getreten. Nach deren Taxis durch Landau war der Bruchsack eine Zeit lang leer, um später abermals den retroflektierten Uterus aufzunehmen. Andrerseits erscheint die Annahme nicht allzu kühn, dass der Uterus meiner Patientin, wenn keine Ruptur eingetreten, sondern die Taxis der Hernie geglückt wäre, nach dem Puerperium ebenfalls wieder seine frühere Lage im Douglasschen Sacke eingenommen hätte. In Landaus Falle fehlt die thatsächliche Bestätigung des ersten, in dem meinigen die des letzten Aktes. Es dürfte wohl gestattet sein, das Bild dadurch zu vervollständigen, dass wir, wie geschehen, den einen durch den anderen ergänzen. Um diese Vorgänge mit wenigen Worten zu charakterisieren, scheint es mir unter der Voraussetzung, dass der Inhalt eines Bruchsackes nicht entscheidend ist für die Frage, ob ein Bruch vorhanden ist oder nicht, gestattet zu sagen: zuerst bestund eine Hysterocele retrovaginalis, aus derselben wurde eine Enterocele, um schliesslich wieder in eine Hysterocele überzugehen.

Aber auch für Breiskys Fall kann man an die gleiche Entstehungsursache der Hernie denken, und zwar unter der Voraussetzung, dass hierbei ebenfalls eine dem Autor nicht bekannt gewordene Retroflexion des schwangeren Uterus seiner Zeit spontan zurückgegangen war. Die Douglas'sche Peritonealtasche blieb dann während der übrigen Zeit der Schwangerschaft leer. Später recidivierte die Retroflexion nicht, sondern

statt des Uterus traten nun aus uns unbekannter Ursache Darmschlingen in jene Tasche ein. In ungezwungener Weise würden sich alsdann aus dem geräumigen Zugange zum Douglas die Beschwerden der Frau erklären lassen.

Nachdem ich das Vorhandensein einer Vaginalhernie und die damit verbundenen Strukturveränderungen der Scheidenhinterwand, welche die unerlässliche Vorbedingung für den Eintritt ihrer Spontanruptur bildeten, bei meiner Patientin festgestellt habe, würde es noch erübrigen, die Gelegenheitsursachen aufzusuchen, welche das schliessliche Zustandekommen der Ruptur veranlassten.

Wenn wir nun, um dafür Anhaltspunkte zn gewinnen, in der Literatur Umschau halten, so finden wir nur ganz wenige Fälle sonstiger Eingeweidebrüche verzeichnet, in denen es zu einer Spontanruptur kam. B. Schmidt (Unterleibsbrüche pag. 124., Chirurgie von Billroth und Pitha) führt folgende 3 Beobachtungen an: Schmitt, Bayer. Intelligenzblatt 1858, 45, — Josef Günzburgs Zeitschrift VIII. pag. 14. — Arnold, Aerztliche Mittheilungen aus Baden, 1860, XIII. In neuester Zeit hat Dr. Gissler in dem letztgenannten Blatte (1885, X.) die Spontanzerreissung einer Leistenhernie mitgetheilt.

Als Gelegenheitsursachen werden Schreien, Husten oder Heben schwerer Lasten in gebückter Stellung angegeben.

Es liegt auf der Hand, dass damit eine erschöpfende Erklärung des Vorganges nicht gegeben ist, sonst wären Rupturen von Hernien bei deren so grosser Häufigkeit und dem nicht minder häufigen Vorkommen obiger Einwirkungen nicht so eminent selten. Wir müssen vielmehr annehmen, dass gleichzeitig erhebliche Strukturveränderungen des Bruchsackes und seiner Bedeckungen vorhanden waren, welche erst die Ruptur ermöglichten. Leider finde ich darüber in den betreffenden Mittheilungen, soweit sie mir zu Gebote stehen, sowie über das als nothwendig vorauszusetzende Zusammenwirken aller dabei in Betracht kommenden Faktoren nichts angegeben,

so dass sie für die Beurtheilung meines Falles wenig Werth haben.

Lehrreicher sind die Fälle von Perforation des Mastdarmes oder der Scheide durch den retroflektierten, infolge der Schwangerschaft inkarcerierten Uterus. Auch dies sind übrigens seltene Vorkommnisse, deren klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung gleichfalls zu wünschen übrig lässt. Rokitansky sah mehrere Fälle von Mastdarmperforation; im Museum der Universität Halle (H. Fritsch, Lageveränderungen der Gebärmutter 92, Chirurgie von Billroth und Pitha) ist ein solches Präparat aufbewahrt; in einer von Habertsma (M. F. G. B. 34. pag. 415) mitgetheilten Beobachtung trat der Uterus als Geschwulst aus dem After hervor, (Schröder, Geburtshilfe 1874. pag. 360.) — Eine Scheidenperforation theilt Grenser mit (Monatschrift für Geburtskunde 1. Band. pag. 73) eine zweite Major-Dubois (Presse med. T. 1. f. 135).

Alle diese Fälle haben einige Aehnlichkeit mit dem meinigen, zunächst insofern, als es sich um die Kontinuitätstrennung der gleichen Peritonealtasche, nur mit verschiedenem Inhalt handelt. Während nun aber dort die Perforation der letzteren und der Scheide oder des Mastdarmes durch einen akuten Vorgang, nämlich durch die aus der Inkarceration des Uterus resultierende Entzündung und die Gangrän genannter Theile eingeleitet wurde, die Mitwirkung der Bauchpresse aber infolge der gleichzeitig vorhandenen Peritonitis nur eine geringfügige sein konnte, war bei meiner Patientin die der Ruptur vorausgehende Verdünnung des Bruchsackes und seiner Bedeckungen (Douglas und Scheidenhinterwand) die Folge eines chronischen Vorganges, der, wie oben auseinandergesetzt, unter dem monatelangen Zusammenwirken verschiedener Faktoren entstanden war; und bei dem Eintritte der Berstung selbst war, wie wir nachher sehen werden, die Bauchpresse von grosser Bedeutung.

Hieher gehörig sind ferner die Perforationen der Scheide durch die Gebärmutter gleich nach der Geburt, der eine Fall

von Schnackenberger (Caspers Wochenschrift 1838) der andere von Martin (Verhandlungen der Berlin. Gesellschaft für Geburtshilfe, Monatsschrift, 26. Band, pag. 4) mitgetheilt. Als Ursachen werden angegeben das eine Mal die Ausstossung der Nachgeburt unter wiederholtem Drängen und Arbeiten, das andere Mal deren Entfernung durch Zug an der Nabelschnur.

Dass die Aktion der Bauchpresse hierbei von grosser Wichtigkeit war, kann keinem Zweifel unterliegen, doch setzt der Eintritt der Kontinuitätstrennung Strukturveränderungen der Scheidenhinterwand voraus. Leider konnte ich mir die Originalmittheilungen der Autoren nicht verschaffen, die oben mitgetheilten Angaben derselben aber sind so unbestimmt, dass es nicht angeht, daraus sichere Schlüsse zu ziehen. Doch scheint mir wenigstens die Andeutung erlaubt, dass auch dabei vorher eine Ausstülpung des Douglasschen Raumes, damit er überhaupt imstande sein konnte, die frisch entbundene Gebärmutter in dem Augenblicke vor der Perforation zu beherbergen, und ausserdem wohl auch — als Voraussetzung für die Möglichkeit der Berstung der Scheidenhinterwand — eine Verdünnung dieser, sei es durch eine früher bestandene Hysterocele oder Enterocele retrovaginalis, — vorhanden gewesen sein mochte.

Es erübrigt noch zwei Fälle von Zerreissung der hinteren Vaginalwand mit Austritt von Darmschlingen zu erwähnen, welche mit dem meinen grosse Aehnlichkeit haben. Der eine ist von Rokitansky beobachtet, das zugehörige Präparat befindet sich im Museum der Wiener Universität. Da aber eine Krankengeschichte fehlt, so kann ich ihn nicht weiter berücksichtigen.

Den anderen theilte Fehling (Archiv f. Gynaekologie VI. pag. 103) ausführlich mit. Es handelte sich hierbei um eine 63 Jahre alte Frau mit einem langjährigen, kindskopfgrossen Prolaps. Die Ruptur trat ein, als sie, wie sie schon öfters gethan, den durch Tragen einer Last stark herausgepressten Vorfall durch energisches Andrücken beider Hände zurück-

zubringen versuchte. Fehling fand vor der Scheide ein mannskopfgrosses Darmkonvolut, dessen Reposition selbst in der Chloroformnarcose sich als unmöglich erwies. Bei der Sektion zeigte die hintere Wand der Scheide in ihrem oberen Umfange einen $6^1/_2$ cm langen Riss, durch den die Darmschlingen ausgetreten waren. Ausserdem war sie in der Umgebung desselben hochgradig verdünnt, die Muskelfibrillen fettig degeneriert.

Diese beiden Fälle unterscheiden sich von vornherein von dem meinen durch den Umstand, dass sie keine primären Vaginalhernien waren, sondern secundäre, und zwar dadurch entstanden, dass nach Bildung eines Uterusprolapses ein grösseres Darmkonvolut in die Douglassche Tasche getreten war. Während ferner bei meiner Patientin die Ruptur spontan eintrat, ist sie bei der von Fehling als eine vorwiegend traumatische anzusehen, sie erfolgte durch das Zusammenwirken einer äusseren Gewalt, welche die Frau selbst durch Anstemmen ihrer beiden Hände ausübte, mit der Bauchpresse, die durch die Repositionsversuche unzweifelhaft zu energischer Aktion angeregt wurde. Der Hergang war hierbei wohl folgender: In Folge der starken und langdauernden Zusammenziehung der Bauchmuskulatur durch das Tragen der Last waren zu den bereits vorhandenen noch weitere Darmschlingen in den Prolaps eingepresst worden. Während nun die Frau dieselben mit grosser Kraftaufwendung durch Anlegung ihrer Hände in die Bauchhöhle zurückzubringen versuchte, wirkte die dadurch von Neuem angeregte Bauchpresse in entgegengesetzter Richtung. Der Bruchsack konnte dem von Seiten der Darmschlingen, die von oben und von unten zugleich comprimiert waren, auf ihn ausgeübten Druck nicht widerstehen und zerbarst an seiner schwächsten Stelle, an der hochgradig verdünnten, fettig degenerierten Scheidenhinterwand.

Aus dieser Auffassung des Fehlingschen Falles ergeben sich werthvolle Anhaltspunkte für die Beurtheilung des meinigen. Bevor ich aber näher darauf eingehe, scheint es mir für ein

leichteres Verständnis zweckmässig, das Zustandekommen der Vaginalhernie bei meiner Patientin kurz zu rekapitulieren und daran eine ausführliche Beschreibung der Vorgänge bei ihrer Ruptur, wie ich sie mir vorstelle, zu knüpfen. Doch will ich hier nochmals hervorheben, dass ich mich bei der Schwierigkeit der Verhältnisse und bei der lückenhaften Beobachtung damit begnügen muss, den Hergang, wie ich ihn beschreibe, nur als einen möglichen und wahrscheinlichen zu bezeichnen.

Als ich Frau Jakob im Juli 1884 zum ersten Male sah, litt sie an einer Inkarceration des im IV. Monate schwangeren, retroflektierten Uterus. Bei der von mir vorgenommenen Reposition desselben trat eine grössere Parthie Dünndarmschlingen in den Douglasschen Raum herab, dessen Vertiefung und Ausweitung in Folge der vorherigen Retroflexion des Uterus ein Zurückgleiten in die Bauchhöhle unmöglich machte. Durch die Wirkung der Bauchpresse bei der Defaekation und beim Arbeiten wurden weitere Darmschlingen in den Douglas eingepresst, welcher nun eine die Scheidenhinterwand hervorwölbende Geschwulst bildete: die Enterocele vaginalis posterior war damit fertig. Das Andrängen der Darmschlingen verhinderte aber nicht nur eine Reparation der durch den vorausgegangenen Druck des retroflektierten Uterus verdünnten Vorderwand der Douglasschen Tasche, sondern steigerte diesen Zustand noch und wirkte in gleicher Weise auf die Bedeckungen des Bruchsackes, die Scheidenschleimhaut und Muskelschichte, ein. Gleichzeitig wurde der Bruchsack erheblich gedehnt und erweitert, was nur dazu dienen konnte, ein leichteres Eindringen von Darmschlingen zu gestatten und damit die Wirkung der Bauchpresse auf die Wandungen des Bruches zu vermehren. Von recht schlimmer Wirkung auf die Vergrösserung der Bruchgeschwulst und die Verdünnung ihrer Vorderwand musste die Beschäftigung der Frau gewesen sein, die in den letzten Monaten vor ihrem Tode an einem steilem Berghang ohne

weitere Hilfe schwere Bündel von Laubstreu auf den Kopf hob und nach Hause trug; denn es ist ja eine allerseits anerkannte Thatsache (B. Schmitt, Unterleibsbrüche 10, Chirurgie von Billroth und Pitha), „dass durch die Zusammenziehung der Bauchmuskeln bei vorwärts gebeugtem Rumpfe, z. B. beim Aufheben einer schweren Last in kauernder Stellung, der Bauchinhalt vorzugsweise nach abwärts und zugleich nach der Seite verdrängt wird, wo dem wachsenden Drucke des Inhaltes ein wachsender Widerstand der Wände nicht entgegengesetzt wird.“ Es wäre unter diesen Umständen wohl möglich gewesen, dass die excessiv verdünnte Scheidenhinterwand infolge der Wirkung der Bauchpresse gelegentlich der Verrichtung obiger Arbeiten einmal platzte und die Gedärme austraten. Wie wir aber aus der Krankengeschichte wissen, war dies nicht der Fall, vielmehr trat die Katastrophe ein, während die Frau leichte Arbeit verrichtete, und unter einem Anfalle von Presswehen. Ich vermuthe, dass letztere, unter deren Einwirkung die schliessliche Ruptur zu stande kam, auf folgende Weise erzeugt wurden. Von der Zeit der Aufrichtung der Gebärmutter an hatte die Frau nach der Defaekation das Gefühl, als sei noch etwas zurück, nach meiner Voraussetzung entstanden durch den Druck der Vaginalhernie auf den Mastdarm, und verschieden stark ausgeprägt, je nach der Füllung und Spannung der in jener befindlichen Darmschlingen. Diese Empfindung steigerte sich unter der Vergrösserung und vermehrten Spannung der Bruchgeschwulst mehr und mehr und veranlasste die Frau des öfteren den Stuhl aufzusuchen in der Erwartung, durch eine ausgiebige Entleerung davon befreit zu werden. Der Erfolg dieser Anstrengungen konnte aber nur ein entgegengesetzter sein. Es trat wohl in Folge der Entleerung des Mastdarmes und der dadurch einigermassen gehobenen Raumbeschränkung im kleinen Becken eine momentane Erleichterung ein. Das starke Anpressen der Hernie gegen den Mastdarm durch den Akt der Defaekation selbst konnte aber nur dazu dienen, die Reiz-

barkeit der Nerven desselben zu erhöhen, so dass allmählig eine immer geringere Vermehrung der Spannung des Bruches oder das Vorhandensein von immer kleineren Mengen Koth im Rektum genügten; jenes lästige Gefühl zu steigern und die Frau zu veranlassen, von Neuem Versuche zur Kothentleerung zu machen. — Diese häufige und wiederholte Reizung der Mastdarmnerven hatte aber weitere Folgen, deren Einwirkung wir das schliessliche Zustandekommen der Ruptur wohl beimessen müssen.

Frau Jacob gab an, dass sie in den letzten Wochen öfters einen wehenartigen Drang verspürt habe, der sich zuletzt zu förmlichen Presswehen steigerte; anfangs trat er nur mit der Stuhlentleerung auf, später aber auch spontan, oft während der ruhigen Bettlage. Sie hielt das für Geburtswehen und glaubte wiederholt, im Gebären begriffen zu sein. Es war dies aber eine Täuschung. Die Geburt trat nicht ein und selbst nach dem letzten heftigen Krampfanfalle vor und während der Ruptur erwies sich bei der Untersuchung der Muttermund nicht erweitert, woraus hervorgeht, dass Zusammenziehungen der Gebärmutter nicht stattgefunden hatten. Es haben also krampfhafte Kontraktionen anderer Muskeln der Patientin Wehen vorgetäuscht. Es scheint mir sehr nahe zu liegen, dabei an die Muskeln des Beckenbodens — ob an alle oder einzelne und an welche, lasse ich dahingestellt, — zu denken. Der Druck der Bruchgeschwulst auf die Rektalnerven rief auf reflektorischem Wege spastische Kontraktionen der Muskeln des Beckenbodens hervor, zu denen sich höchst wahrscheinlich auf der Höhe des Anfalles ebenfalls unwillkührliche Zusammenziehungen der Bauchmuskeln gerade wie in der Austreibungsperiode der Geburt gesellten. Anfangs traten diese „Wehen" nur während der Stuhlentleerung ein, später genügte eine stärkere Spannung der Hernie durch vermehrte Füllung ihrer Darmschlingen, um sie zum Ausbruch zu bringen.

Es ist klar, dass durch diese krampfhaften Muskelkontraktionen die Kompression der Bruchgeschwulst aufs Höchste

gesteigert werden musste. Während die Darmschlingen durch die Bauchpresse von oben gegen die Wandungen der Vaginalhernie angedrängt wurden, wurde auf dieselbe durch die Dislokation des Beckenbodens nach aufwärts, die ihrerseits eine Folge war der Kontraktion der Dammmuskeln, ein Druck in entgegengesetzter Richtung ausgeübt. Von allen übrigen Seiten mit starken Wandungen umgeben konnte die Hernie nur nach vorn ausweichen. Mehrere Wochen lang widerstand die hintere Scheidenwand auch diesem kombinierten Drucke, um schliesslich, nachdem sie aufs äusserste verdünnt war, während eines solchen Anfalles zu bersten.

Ich komme jetzt auf Fehlings Fall zurück. Auch hier erfolgte die Ruptur dadurch, dass die Hernie gleichzeitig von zwei Seiten, nämlich von unten durch die Hände der Frau, von oben durch die Bauchpresse comprimiert wurde bei hochgradiger Verdünnung der Scheidenhinterwand. Während nun aber in meinem Falle die Ruptur nur durch Muskelaktion zu stande kam, also eine rein spontane war, spielte in jenem Fehling's die Hauptrolle der Repositionsversuch der Frau, das Trauma. Ich halte mich deshalb, abgesehen davon, dass es sich das eine Mal um eine primäre, das andere Mal um eine secundäre Vaginalhernie handelte, berechtigt, meinen Fall als Unicum in der Literatur zu bezeichnen.

Ich möchte diese Mittheilung nicht schliessen, ohne mit wenigen Worten auf die für den Praktiker sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen hinzuweisen.

Da die Möglichkeit zugegeben werden muss, dass die Aufrichtung einer schwangeren retroflektierten Gebärmutter von einer Enterocele vaginalis posterior gefolgt ist, so wird es für den Arzt rathsam erscheinen, mit derselben zu rechnen, um eine allenfallsige Hernie alsbald zu reponieren. Dabei wird er aber in Anbetracht der Verdünnung der Vorderwand des Bruchsackes, gut thun, mit möglichster Vorsicht zu Werke zu gehen, um eine Zerreissung desselben zu verhüten.

Sollte er aber in die Lage kommen, eine Scheidenruptur mit Austritt von Darmschlingen behandeln zu müssen, so wird er sich mit der Reposition derselben in den Bruchsack nicht zufrieden geben dürfen, sondern er wird sich bemühen müssen, sie aus demselben weiter in die freie Bauchhöhle zu verbringen. Ausserdem würde es gerathen sein, durch Kompression des Douglas mittelst Tamponade der Scheide und späterhin durch Einlegung eines Pessariums (Winckel, Frauenkrankheiten pag 150) einen Wiedereintritt der Darmschlingen zu verhüten. Denn wenn solche darin verblieben oder wieder eintreten würden, so wäre mit Bestimmtheit zu erwarten, dass sich die früheren Erscheinungen mit abermaliger Ruptur entweder der Naht oder (nach erfolgter Heilung) der am meisten verdünnten Stelle der Scheidenhinterwand wiederholen würden.